



Manual del Sistema de Garantía de Calidad (SGC)¹

FACULTAD DE ENFERMERIA

(Aprobado en Junta de Centro xxx)

¹En aplicación de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (B.O.E. 23/3/2007), en este manual, toda referencia a personas, colectivos, cargos académicos, etc. cuyo género sea masculino, estará haciendo referencia a ambos géneros, incluyendo, por tanto, la posibilidad de referirse tanto a mujeres como a hombres.



IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO Y RESPONSABLE

Centro	Facultad de Enfermería
Responsable	Decano Francisco José Mena Navarro
e-mail	decano@enfe.uhu.es
Teléfono	959218301

RESUMEN DE REVISIONES DEL MANUAL

Versión	Fecha	Modificación
00	02/09/09	Edición inicial documento marco de referencia
01	29/12/09	Modificaciones tras revisión por la Unidad para la Calidad
1.0	26/03/2015	Revisión en profundidad del SGC para adaptarlo a las nuevas exigencias normativas de la DEVA en relación con el seguimiento y acreditación de los títulos de grado y máster
2.0	Enero 2021	Revisión del SGC para su actualización y adecuación al Programa IMPLANTA
	22-abril-2021	Aprobado en Junta de Centro

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
Comisión de Garantía de Calidad del Centro	DECANO	Junta de Centro
Fecha:	Fecha:	Fecha:



ÍNDICE

Prólogo
Introducción
Capítulo 1. El Sistema de Garantía de Calidad (SGC) del Centro.
Capítulo 2. Presentación del Centro.
Capítulo 3. Estructura de Gestión de la Calidad del Centro
Capítulo 4. Criterios del SGC del Centro
Anexo I. Mapa de procedimientos.

PRÓLOGO

Esta nueva versión del manual del sistema de garantía de calidad del Centro (MSGC) parte, al igual que las anteriores, de un documento marco elaborado por la Unidad para la Calidad, presentado a los Centros en noviembre de 2019 para el aporte de sugerencias, antes de su aprobación definitiva por Consejo de Gobierno de la Universidad de Huelva (UHU) con el doble objetivo de actualizarlo y adecuarlo al [programa IMPLANTA](#), apostando de esta manera por la acreditación institucional del Centro completo.

El programa IMPLANTA ha sido desarrollado por la Dirección de Evaluación y Acreditación de la Agencia Andaluza del Conocimiento ([DEVA-AAC](#)) a partir del marco establecido en el [Protocolo para la certificación de sistemas de garantía interna de la calidad de centros universitarios](#) publicado en la *Resolución de 7 de marzo de 2018, de la Secretaría General de Universidades por la que se dictan instrucciones sobre el procedimiento para la acreditación institucional de centros de universidades públicas y privadas*.

Si las versiones anteriores del SGC estaban elaboradas siguiendo las **directrices** del [programa AUDIT](#) de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación ([ANECA](#)) y respetando la normativa vigente de seguimiento y acreditación de la DEVA-AAC, la versión 2.0 continúa en la misma dirección, pero adaptando su organización y contenido a los **criterios** del programa IMPLANTA.

Dado que las Agencias de Evaluación (tanto DEVA como ANECA) revisan periódicamente la normativa tanto para los seguimientos como para las acreditaciones, y para no someter a múltiples revisiones y versiones a este marco normativo común para la evaluación de las enseñanzas y Centros de la UHU, anualmente, la Unidad para la Calidad actualizará y publicará el listado de evidencias e indicadores imprescindibles para dichos procesos de acreditación/seguimiento, si así fuese necesario.



INTRODUCCION

El [Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre](#), por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, indica que “...los Sistemas de Garantía de Calidad son parte de los nuevos Planes de Estudio, y el fundamento para que la nueva organización funcione eficientemente y para crear la confianza sobre la que descansa el proceso de acreditación de títulos...”

El Anexo I de este Real Decreto establece la estructura y requisitos de la Memoria para la solicitud de verificación de los títulos oficiales, incluyendo en el punto 9 la descripción de un SGC para cada Título, Centro o general de la Universidad, que debe incluir la siguiente información:

- Responsables del SGC del plan de estudios.
- Procesos de evaluación y mejora de la calidad de la enseñanza y el profesorado.
- Procesos para garantizar la calidad de las prácticas externas y los programas de movilidad.
- Procesos de análisis de la inserción laboral de los graduados y de la satisfacción con la formación recibida.
- Procesos para el análisis de la satisfacción de los distintos colectivos implicados (estudiantes, personal académico y de administración y servicios, etc.) y de atención a las sugerencias o reclamaciones.
- Criterios específicos en el caso de extinción del título.

Este contenido queda ratificado y completado en el [Real Decreto 861/2010](#), de 2 de Julio (BOE nº 161, 3/07/2010) por el que se modifica el anterior.

En el capítulo VI del [Real Decreto 1393/2007](#) se exponen los procesos de verificación y acreditación. La verificación consistirá en comprobar que el plan de estudios elaborado por la Universidad se ajusta a los protocolos referidos en el propio Real Decreto y conduce a la inscripción en el Registro de Universidades, Centros y Títulos (RUCT) lo que supone la consideración inicial de título acreditado. Transcurridos seis años desde la inscripción en el RUCT, los títulos de grado deberán someterse a un proceso de evaluación con el fin de mantener su acreditación, periodo que es de cuatro años si se trata de títulos de máster.

Posteriormente al primer decreto, ANECA, [AQU](#) (en Cataluña) y [ACSUG](#) (en Galicia) presentaron el programa AUDIT en el que se fijan las directrices y contenidos que han de cumplir los SGC. El diseño del SGC es un elemento fundamental en el marco del proceso de adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior ([EEES](#)).

El objetivo principal del SGC es garantizar la calidad de las titulaciones de las que es responsable el Centro a través del establecimiento de un proceso sistemático para el seguimiento, monitorización y mejora continua de sus programas formativos teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de sus grupos de interés y los resultados obtenidos.



La Universidad de Huelva (UHU), para dar respuesta a dichas exigencias en materia de calidad, diseñó un SGC para todos sus Centros. El SGC constaba de dos documentos de referencia: el **MSGC** de la UHU, donde se incluían las directrices para el desarrollo del SGC, y el Manual de Procedimientos del SGC (**MPSGC**), en el que se desarrollan los distintos procedimientos que integran el sistema.

Atendiendo a lo anteriormente expuesto, el primer diseño del SGC, dentro de la convocatoria AUDIT de la ANECA, fue realizado en el marco de la Facultad de Trabajo Social (entonces Escuela Universitaria de Trabajo Social), recibiendo su evaluación positiva en septiembre de 2009. En octubre de 2010, todos los Centros de la UHU tenían **aprobado y evaluado positivamente el diseño de SGC de la UHU**.

Con el tiempo se fueron detectando debilidades y oportunidades de mejora que, unido a las nuevas exigencias normativas de la DEVA en relación con el seguimiento y acreditación de los títulos de grado y máster llevaron a la necesidad de una revisión profunda de la documentación aprobada, dando lugar a la versión 1.0 del SGC.

Los SGC están sometidos, por su propia naturaleza, a una revisión y actualización sistemática que, unido a la evolución de las normativas y necesidad de adaptación al entorno, hacen que periódicamente surjan nuevas versiones. La 2.0 es fruto de esta actualización y proceso de mejora constante adaptado a los nuevos retos que supone la certificación institucional IMPLANTA, fruto del nuevo marco de acreditación institucional regulado por el [Real Decreto 420/2015, de 29 de mayo, de creación, reconocimiento, autorización y acreditación de universidades y centros universitarios](#).

Dado que las modificaciones en el SGC no son consideradas como sustanciales dentro de los diferentes planes de estudio, no conllevan procedimientos de modificación de éstos. Las revisiones y modificaciones que se realicen del SGC como consecuencia de las diferentes necesidades de mejora son analizadas por la Unidad para la Calidad, bajo la dirección del Vicerrectorado competente en la materia, y cuentan con el informe favorable de la Comisión para la Calidad de la Universidad de Huelva.

El Equipo Rectoral de la UHU, apoya firmemente la implantación, desarrollo y certificación de los SGC en los diferentes Centros, en tanto que supone un refuerzo de la garantía de la calidad y mejora continua que sus Centros y titulaciones ofrecen, facilitan el proceso de acreditación de éstos y posicionan a la UHU en una situación favorable de cara a la competitividad con otras Universidades de su entorno.

CAPÍTULO 1. EL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DEL CENTRO

1.1. Introducción

El objetivo de este capítulo del MSGC del Centro es poner de manifiesto los fundamentos y el alcance del SGC para garantizar la calidad de los títulos oficiales de grado y de máster impartidos en cada Centro, así como el compromiso de éste y de la propia Universidad en el cumplimiento y mejora de sus propuestas docentes.



La garantía de calidad puede describirse como la atención sistemática, estructurada y continua de la calidad, en términos de su mantenimiento y mejora. En el marco de las políticas y procesos formativos que se desarrollan en las universidades, la garantía de la calidad ha de permitir a estas instituciones la **mejora continua de sus programas y títulos** mediante la puesta en marcha de mecanismos que aseguren y demuestren la eficacia de los sistemas que garantizan esa calidad.

La documentación de referencia es la relativa a las Universidades como instituciones del sector público, aquéllas referentes al gobierno de la Universidad ([Estatutos y Reglamentos Generales](#)) y de cada uno de sus Centros, así como la procedente del Ministerio con competencias, ANECA y DEVA-AAC relativa a la configuración, desarrollo y evaluación de los títulos, así como a los sistemas de garantía de calidad.

Como establece la [Ley Orgánica de 4/2007, de 12 de Abril](#), por la que se modifica la [Ley Orgánica 6/2001](#) de Universidades (LOMLOU) y los decretos que la desarrollan, todos los títulos oficiales de las distintas Universidades han de someterse a un proceso de evaluación, tanto en el momento de presentar la propuesta de desarrollo del título que se presenta (verificación), como una vez está completamente implantada (acreditación), pasados seis años de la anterior si se trata de grado, y cuatro años si se trata de máster.

El diseño del SGC de los Centros de la UHU está elaborado (i) siguiendo los principios expuestos en el [Real Decreto 1393/2007](#), modificado por el [Real Decreto 861/2010](#), facilitando la verificación y, sobre todo, el seguimiento y la acreditación de los títulos oficiales de grado y máster que se imparten en la UHU y (ii) según el nuevo marco de acreditación institucional regulado por el [Real Decreto 420/2015, de 29 de Mayo](#), de creación, reconocimiento, autorización y acreditación de universidades y centros universitarios y el [programa IMPLANTA](#) de certificación del SGC implantado en el Centro, desarrollado por la DEVA-AAC y basado en los Criterios y Directrices para el aseguramiento de calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior ([ESG 2015](#)).

El SGC 2.0 supone un aumento de responsabilidad, madurez y asentamiento de la cultura de calidad en los Centros, que influye positivamente en la verificación, seguimiento y renovación de la acreditación de sus títulos y que tiene, como objetivo principal, asegurar una formación académica que satisfaga las necesidades y expectativas del estudiantado en particular y de la sociedad en general.

El sistema comprende:

- Determinar las **necesidades y expectativas** de los estudiantes, así como de otros grupos de interés, con relación a la formación que se ofrece en las instituciones universitarias.
- Establecer los **objetivos y el ámbito de aplicación** del SGC.
- Determinar los **criterios** de garantía de calidad.

La Unidad para la Calidad de la UHU, en cumplimiento de sus funciones, apoya el proceso de certificación del SGC implantado en el Centro, diseñando y proporcionando la documentación genérica del mismo, asesorando en su personalización por parte del Centro y aportando, directamente o solicitándola a otros servicios de la Universidad, la información necesaria (indicadores, informes, tratamiento de cuestionarios, etc.) para el



análisis de resultados por los responsables del Centro y de los títulos. Sus responsabilidades directas quedan indicadas en los correspondientes procedimientos que configuran el SGC 2.0 y que pueden consultarse en el MPSGC.

1.2. Objetivos del Sistema de garantía de calidad

El objetivo básico del SGC del Centro es garantizar la calidad de todos los títulos oficiales de grado y máster de los que es responsable, revisando y mejorando, siempre que se considere necesario, sus programas formativos, basándose en las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, a los que se tendrá puntualmente informados, y manteniendo permanentemente actualizado el propio SGC.

Con ello se espera:

- Responder al compromiso de satisfacción de las necesidades y expectativas generadas por los grupos de interés.
- Ofrecer la transparencia exigida en el marco del EEES y del sector público en general.
- Incorporar estrategias de mejora continua.
- Ordenar las iniciativas docentes de un modo sistemático para que contribuyan de modo eficaz a la garantía de la calidad.
- Facilitar el proceso de seguimiento y acreditación de los títulos implantados en el Centro.

En la elaboración del SGC, los Centros de la UHU contemplan, entre otros, los siguientes principios de actuación:

- Legalidad y seguridad jurídica: El SGC está diseñado de acuerdo con la legislación universitaria vigente y con los criterios y directrices para la garantía de la calidad establecido en marco del EEES.
- Publicidad, transparencia y participación: Los Centros de la UHU darán difusión al proceso de elaboración y seguimiento del SGC, establecerán procesos para facilitar el acceso a las propuestas y harán posible la participación de todos los grupos de interés implicados.

1.3. Alcance del Sistema de garantía de calidad

Como se ha indicado con anterioridad, el alcance del SGC del centro comprende a todos sus títulos oficiales, de grado y de máster, de los que es responsable el Centro. Asimismo, ofrece un marco a los estudios de doctorado para que tomen los procedimientos necesarios para garantizar su nivel de calidad, según se requiere en el [Real Decreto 99/2011, de 28 de enero](#), por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado.

En conjunto, el SGC contempla la planificación de la oferta formativa, su despliegue, la evaluación y revisión de su desarrollo, así como la toma de decisiones para la mejora de la formación, como se resume en la figura 1

en la que se representa el “ciclo de mejora de la formación universitaria” ([Guía para el diseño de SGC de la formación universitaria. Programa AUDIT](#)).

Figura 1. Ciclo de mejora de la formación universitaria



Fuente: [Guía para el diseño de SGC de la formación universitaria. Programa AUDIT](#)

Con el objetivo de tener presente la evolución del SGC, la tabla 1 muestra las directrices y procedimientos de la versión 1.0 del centro, basado en el documento “[Directrices, definición y documentación de Sistemas de Garantía de Calidad de la formación Universitaria, Programa AUDIT](#)”.

Tabla 1. Criterios y procedimientos SGC 1.0

DIRECTRIZ 1.0. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad
P01. Procedimiento para la definición y revisión de la política y objetivos de calidad
DIRECTRIZ 1.1. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos
P02. Procedimiento para el seguimiento, evaluación y mejora del título
P03. Procedimiento para el diseño de la oferta formativa y modificación de la memoria del título
P04. Procedimiento y criterios específicos en el caso de extinción del título
DIRECTRIZ 1.2. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes
P05. Procedimiento de captación, orientación preuniversitaria y perfil de nuevo ingreso, y de acogida y orientación de los estudiantes de nuevo ingreso
P06. Procedimiento de gestión y revisión de las prácticas externas integradas en el título



P07. Procedimiento de gestión de la movilidad de los estudiantes
P08. Procedimiento de la inserción laboral de los egresados y de la satisfacción con la formación recibida
P09. Procedimiento de gestión de quejas, sugerencias, reclamaciones y felicitaciones
DIRECTRIZ 1.3. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico
P10. Procedimiento para garantizar la calidad del PDI
DIRECTRIZ 1.4. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios
P11. Procedimiento para la gestión de los recursos materiales y servicios
DIRECTRIZ 1.5. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados
P12. Procedimiento para el análisis de la satisfacción de los grupos de interés
P13. Procedimiento para la planificación, desarrollo y medición de los resultados de la enseñanza
DIRECTRIZ 1.6. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones
P14. Procedimiento de información pública
Procedimientos de apoyo
P15. Procedimiento para la gestión documental y de evidencias del SGC

Siguiendo las indicaciones de la Guía para la certificación de Sistemas de Garantía de la Calidad implantados en los Centros de las Universidades Andaluzas [Programa IMPLANTA-SGCC](#), la tabla 2 muestra la relación entre los criterios definidos por la DEVA y las directrices del programa AUDIT(ANECA) relativas a los SGCC y mostradas en la tabla anterior.

Tabla 2. Correspondencia criterios IMPLANTA y directrices AUDIT

Criterios IMPLANTA-DEVA	Directrices AUDIT
1. Información Pública	1.6. Cómo el Centro publica información sobre titulaciones.
2. Política de aseguramiento de la Calidad	1.0. Cómo el Centro define su política de Calidad y objetivos de Calidad. 1.5. Como el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados.
3. Diseño, seguimiento y mejora de los programas formativos	1.1. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos.
4. Personal docente e investigador	1.3. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico.
5. Gestión de recursos materiales y servicios	1.4. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos



	materiales y servicios.
6. Gestión y resultados de los procesos de enseñanza-aprendizaje.	1.2. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes.

Por tanto, el SGC 2.0 del Centro queda organizado según las correspondencias mostradas atendiendo a los criterios del modelo IMPLANTA. La tabla 3 muestra los procedimientos por criterio del SGC 2.0.

1.4 Documentos del SGC

Los documentos que configuran el SGC son el presente **MSGC** y el **MPSGC**, detallándose el **mapa de procedimientos** en el Anexo I de este manual. Estos documentos se completan con las **instrucciones técnicas** necesarias para desarrollar los contenidos de los procedimientos, los **cuestionarios** utilizados para la obtención de la satisfacción de los grupos de interés y los **protocolos** utilizados a nivel institucional (UHU) o Centro. Todos los documentos básicos serán elaborados por la Unidad para la Calidad, bajo la dirección del Vicerrectorado competente en la materia, en forma de documento marco, que deberá ser revisado por las Comisiones de Garantía de Calidad (CGC) de los diferentes Centros de la UHU, para adaptarlo a sus peculiaridades, y ser aprobado en Junta de Centro. La Comisión para la Calidad de la UHU dará su visto bueno y será aprobado por el Consejo de Gobierno con posterioridad.

Los responsables del Centro habrán de procurar que todos sus miembros, personal docente e investigador, de administración y servicios y alumnos, tengan acceso al presente MSGC, para ello dispondrá en la página web del Centro un lugar bien visible en el que figure una versión actualizada del mismo y comunicará por la vía que considere adecuada cuando se hayan producido cambios en su redacción.

Tabla 3. Criterios y procedimientos SGC 2.0

CRITERIO 1. INFORMACIÓN PÚBLICA
P01. Información Pública
CRITERIO 2. POLÍTICA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD
P02. Política y objetivos de Calidad
P03. Gestión de la información y la documentación
P04. Planificación, desarrollo y medición de los resultados de las enseñanzas
P05. Recogida y análisis de la satisfacción de los grupos de interés
P06. Gestión de sugerencias, quejas, reclamaciones y felicitaciones
P07. Auditoría interna
P08. Revisión del SGC del Centro



CRITERIO 3. DISEÑO, SEGUIMIENTO Y MEJORA DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS

P09. Diseño de la oferta formativa y modificación de la memoria del título verificado

P10. Seguimiento, evaluación y mejora del título

P11. Extinción del título

CRITERIO 4. PERSONAL DOCENTE E INVESTIGADOR

P12. Capacitación, competencia y cualificación del PDI

CRITERIO 5. RECURSOS PARA EL APRENDIZAJE Y APOYO AL ESTUDIANTADO

P13. Gestión, mantenimiento y mejora de recursos materiales y servicios

CRITERIO 6. GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

P14. Captación, preinscripción y matriculación, reconocimiento y certificación

P15. Orientación académica y profesional de estudiantes

P16. Metodologías de enseñanza y Evaluación de los resultados del aprendizaje

P17. Gestión de la Movilidad de estudiantes

P18. Gestión de las Prácticas externas

P19. Gestión de los TFG y TFM

P20. Análisis de la inserción laboral

CAPÍTULO 2. PRESENTACIÓN DEL CENTRO

2.1. OBJETO

Este capítulo tiene por objeto la presentación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva, centro en el que se va a modificar/adaptar aplicar el Sistema de Garantía de Calidad (SGC2.0). A continuación se realiza un breve recorrido por la historia del Centro, se exponen los estudios que actualmente atiende y que constituyen el ámbito de aplicación del SGC, su estructura organizativa y responsables de la implantación del SGC, reglamentos y normas, así como también antecedentes de interés relacionados con la Gestión para la Calidad que se ha venido realizando desde la Facultad de Enfermería y que vienen a reflejar el firme interés del Centro por desarrollar un proceso de mejora continua de la calidad, siendo la implantación del SGC un paso y un compromiso más para alcanzarla. Para finalizar el capítulo, se hace referencia al compromiso de la Dirección del Centro que conduce al proceso de implementación y desarrollo del SGC.

2.2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El ámbito de aplicación del SGIC de la Facultad de Enfermería lo constituyen todas las titulaciones que se imparten en la misma y que son de su responsabilidad.



2.3. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades.
- Estatutos de la Universidad de Huelva
- Ley 15/2003, de 22 de diciembre, Andaluza de Universidades.
- Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades.
- Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.
- Documento sobre Criterios y Directrices para la Acreditación de Enseñanzas Universitarias en España, de la ANECA.
- Documento Criterios y Directrices para la Garantía de Calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior, de la ENQA.
- Programa AUDIT de Implantación de Sistemas de Garantía Interna de Calidad en la formación universitaria de la ANECA.
- Programa Verifica, que establece el protocolo para la verificación de títulos universitarios oficiales, de la ANECA
- Programa Docencia de la ANECA, subrogado por la Deva-AAC AGAE, de certificación docente del Profesorado.
- Guía para la certificación de Sistemas de Garantía de la Calidad implantados en los centros de las universidades andaluzas (Programa IMPLANTA-SGCC). Dirección de Evaluación y Acreditación. Aprobado el 19 de febrero 2020.
- Reglamentos de la Universidad de Huelva
- Plan Estratégico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva
- La propia del SGC: Manual del SGC y Manual de Procedimientos.
- Normativas propias del centro:
 - Plan de colaboración de prácticas externas del Grado de Enfermería.
https://enfe.acentoweb.com/titulacionesyestudios/grado/planificacion/convenios_practicas_grado
 - Plan de colaboración de prácticas externas del Máster de Práctica Avanzada en atención a la cronicidad y la dependencia,. Aprobado en Comisión Mixta, el 18-noviembre de 2019.
https://enfe.acentoweb.com/titulacionesyestudios/masterenfermeriapracticaavanzada/practic_as_externas/normativa_practicas_master
 - Normativa TFG



https://enfe.acentoweb.com/informacion_general/normativas/facultad/NormativaTFG20132014aprobado.pdf/view

- Normativa coordinación docente para el título de Grado de Enfermería.
<https://enfe.acentoweb.com/titulacionesyestudios/grado/planificacion/coordinacion>
- Reglamento de Régimen Interno.
https://enfe.acentoweb.com/informacion_general/normativas/facultad/reglamentoregimeninterno
- Normativa de reconocimientos de créditos de la Facultad
https://enfe.acentoweb.com/informacion_general/normativas/facultad/Reglamento_Reconocimiento_Creditos_Enfermeria.pdf/view
- Reglamento de Régimen Interno de la Comisión Académica del Máster de Práctica Avanzada en atención a la cronicidad y la dependencia
https://enfe.acentoweb.com/titulacionesyestudios/masterenfermeriapracticaavanzada/informacion_general_master/normativaCAMaster_v1.pdf
- Normativa específica para la elaboración, tutorización y evaluación de los Trabajos Fin de Máster de la Facultad de Enfermería, aprobada en Junta de Facultad 26 de abril de 2019.
https://enfe.acentoweb.com/titulacionesyestudios/masterenfermeriapracticaavanzada/tfm/normativa_tfm/at_download/file

2.4. DESARROLLO

2.4.1. Presentación

La Facultad de Enfermería es el Centro de la Universidad de Huelva al que corresponde, según la legislación vigente, la organización, coordinación y supervisión de los estudios conducentes a la obtención del Grado en Enfermería y Máster de Enfermería en Práctica Avanzada en Atención a la Cronicidad y Dependencia, acreditaciones que le corresponden de acuerdo con la legislación vigente. Además de esta ordenación de las enseñanzas, actividades académicas y gestión administrativas de las mismas relativas a las titulaciones que se imparten en su seno, el Centro coordina, a tal efecto, la labor de los Departamentos, de acuerdo con el Plan de Estudios establecido para la obtención del citado título académico.

En la actualidad, el Grado en Enfermería y el Máster Universitario en Enfermería de Práctica Avanzada en Atención a la Cronicidad y la Dependencia, son los ámbitos de aplicación del SGIC2.0 en la Facultad de Enfermería. En la figura 1 se exponen los Departamentos que imparten docencia en el Centro:

Figura 1. Departamentos que imparten docencia en el Centro.



Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva	Departamentos con docencia en el Centro
Graduado o Graduada en Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Enfermería ◇ Psicología Clínica y Experimental ◇ Psicología Social, Evolutiva y de la Educación ◇ Sociología, Trabajo Social y Salud Pública ◇ Filología Inglesa
Máster Universitario en Enfermería de Práctica Avanzada en Atención a la Cronicidad y la dependencia	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Enfermería ◇ Psicología Clínica y Experimental ◇ Psicología Social, Evolutiva y de la Educación ◇ Sociología, Trabajo Social y Salud Pública y Salud Pública

2.4.1.1. Historia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva

Dimensión académica: antecedentes y evolución

En las últimas décadas, la formación académica de Enfermería se ha caracterizado por una evolución humana, científica y social, fruto de las profundas aspiraciones de una profesión comprometida con una prestación de cuidados contextualizada, eficaz y progresista y con visión de futuro respecto a las necesidades de salud de la población.

Los estudios de Enfermería en Huelva cuentan con una tradición de casi 50 años, siendo una de las titulaciones más antiguas de la Universidad de Huelva, existente incluso antes de la creación de la Universidad como tal.

La creación de la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE) de Huelva tuvo lugar en el año 1973 y, aunque en aquella etapa los estudios se caracterizaban por su enfoque técnico e instrumental, nuestra Escuela siempre destacó por un enfoque humanístico y una visión progresista de los cuidados. Esta primera etapa, cuando los estudios de Enfermería aún no tenían carácter universitario, formación se impartía en la Escuela Manuel Lois García, dependiente del Instituto Nacional de Previsión.



En el año 1975-76, la EUE se incorpora a la reivindicaron nacional y a la coordinadora estatal de Enfermería para el acceso a la Universidad, en igualdad de condiciones con otras titulaciones. Las bases de esta reivindicación surgen de otros referentes como la Enfermería Americana y la del norte de Europa dónde se podía obtener el grado de Licenciado con acceso al doctorado en la propia disciplina. En este sentido, hay que destacar la inclusión de los estudios de Enfermería en el ámbito universitario (Orden Ministerial de 31 de octubre de 1977. BOE. 26/11/1977), hecho que abrió definitivamente la posibilidad de recibir una formación integral y sólida que daría lugar al necesario y legítimo desarrollo profesional, que constituye una de las primeras garantías para dar una respuesta adecuada en el cuidado de la salud a través de la Educación Superior.

Llegar a la Enfermería Universitaria significó recorrer un largo camino complejo no exento de dificultades y que duró aproximadamente siete años. La Ley General de Educación, de 4 de agosto de 1.970², ofreció dos posibilidades para su posterior desarrollo: adoptar la educación universitaria en un primer ciclo de tres años o adoptar la vía de formación que ofrecía la Formación Profesional de segundo grado. Con la publicación del Real Decreto 2.128/1977, sobre la integración en la Universidad de escuelas de A.T.S. como Escuelas Universitaria de Enfermería³ se produce un hecho histórico. A partir de este momento, la titulación de los profesionales de Enfermería será la de Diplomado en Enfermería. La orden Ministerial de 22 de octubre de 1.977, (B.O.E. 28 de noviembre) dictó las directrices para la elaboración del Plan de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. La entrada en la Universidad supuso un reto necesario para la profesión de cuidar ya que sólo desde este contexto es posible mejorar la formación, desarrollarla científica y profesionalmente.

En 1.977 existían en España 169 escuelas de A.T.S. de las que aproximadamente la mitad pertenecían al Instituto Nacional de Previsión y el resto dependían de Facultades de Medicina, ayuntamientos entidades privadas, diputaciones provinciales, etc. refiriendo en dicho estudio, que en algunas de las escuelas pertenecientes al Instituto Nacional de Previsión, se podía encontrar una orientación más enfermera, puesto que su organización seguía la estructura de la Escuela de Valdecilla (Santander), que adoptó el modelo de Florence Nightingale (Precursora de la profesión de Enfermería en Reino Unido, 1860).

² Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiación de la Reforma Educativa. Art. 31 y D.T. 2º. 7.

³ Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, (B.O.E. 22 de agosto).



En ese momento, sólo se pudo lograr la integración en la Universidad con el grado de Diplomatura lo que condicionaba el desarrollo académico y disciplinar, aunque los profesionales de Enfermería nunca dejaron de reivindicar ese derecho de la formación universitaria enfermera. Aunque las posibilidades académicas durante aquellos años se encontraban limitadas, los profesionales que se mantuvieron al frente de esta institución se caracterizaron por adelantarse a su tiempo y adoptar las nuevas tendencias que en cada momento se consideraron a la vanguardia de los cuidados. Se siguieron las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en promoción de la salud y se utilizaron los referentes anglosajones e hispanoamericanos en relación con teoría y metodología enfermera.

A partir de 1979 con la inclusión de los estudios de Enfermería en la Universidad, se transforma en Escuela Universitaria de Diplomados/as en Enfermería. Durante éste periodo de 14 años permanece como centro adscrito a la Universidad de Sevilla hasta que se crea la Universidad de Huelva en 1993, suponiendo el cambio definitivo en la titularidad de la Escuela de Enfermería. La Ley 4/1993, de creación de la Universidad de Huelva, en su disposición adicional tercera, faculta al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía a realizar la integración de la Escuela Universitaria de Enfermería del Servicio Andaluz de Salud, adscrita a la Universidad de Sevilla, en la Universidad de Huelva, proceso que culmina en junio de 1993 dando lugar a la actual Escuela de Enfermería.

Las consecuencias de esta nueva situación fueron, entre otras, el aumento del nivel de acceso a los estudios, la asunción de funciones docentes e investigadoras por profesionales enfermeros, el aumento y se racionalización de los contenidos, reenfoándose hacia los cuidados enfermeros, y la integración teórico-práctica más adecuada y acorde con las necesidades formativas y aparece el Área de Conocimientos "Enfermería". Además, se otorga una perspectiva científica a la globalidad de los estudios, tanto en la teoría como en la práctica y se potencia la consideración de la persona desde una perspectiva integral mediante el estudio de otras ciencias humanas, posibilitando la formación de un profesional que pueda asumir los cuidados tanto dentro como fuera del hospital. Esta incorporación de las Escuelas de Enfermería al sistema educativo superior aseguró el aumento de los recursos, supuso la incorporación progresiva de los enfermeros a los puestos docentes, asumiendo estos la responsabilidad de la formación del propio colectivo, haciendo posible su participación en la gestión y política general de educación.

A nivel internacional, organismos como la OMS ponen en valor la contribución de las enfermeras en la promoción de la salud y el bienestar de las personas, siendo uno de los pilares para conseguir los objetivos recogidos en las principales Estrategias en Salud, y destacando la importancia de contar con una dotación adecuada de profesionales, así como la necesaria participación de las enfermeras en la planificación sanitaria de cada país. En España, el desarrollo de la Ley General de Sanidad de 1986



plantea abiertamente el derecho a la atención a la Salud desde las estrategias de Promoción, Prevención y Recuperación, estableciendo los niveles de Atención Primaria y Atención Especializada. Desde esta perspectiva los cuidados de Enfermería adquieren un papel central.

En cuanto a la formación de posgrado en Enfermería cabe señalar que una orden ministerial de 9 de octubre de 1.980 autorizó a los diplomados de Enfermería a cursar las especialidades que existían para los A.T.S. Esto suponía un hecho atípico de ordenación académica que requería una transformación. Si esta situación se une a los condicionantes del ingreso de España en la Comunidad Económica Europea, se justifica la necesidad de ordenar el número, contenido y denominación de las especialidades de Enfermería. En este sentido el colectivo profesional y sus organismos representantes (Consejo, Colegios, Asociaciones) inician una campaña de petición a las autoridades académicas de resolución a la situación planteada.

Finalmente, mediante la aparición del Real Decreto 992/1987 de 3 de Julio (B.O.E. de 1 de agosto), se regula la obtención del título de Enfermero Especialista, y se crean las especialidades de Enfermería: Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), Enfermería Pediátrica, Enfermería de Salud Mental, Enfermería de Salud Comunitaria, Enfermería de Cuidados Especiales, Enfermería Geriátrica y Gerencia y Administración de Enfermería. Sin embargo, durante casi 20 años no se han establecido las directrices generales que han de cumplir los programas de formación de las especialidades, a excepción de la especialidad de Matrona, que es la única que está reglamentada por las directrices del Consejo de Europa 80/154, 80/156 y Salud Mental.

Uno de los objetivos de la Ley de Reforma Universitaria es la adecuación de los planes de estudios de las enseñanzas universitarias españolas a las nuevas demandas sociales. Por ello se inició un proceso que culminó con la publicación del Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el Título Universitario de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a su obtención.

Posteriormente, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (44/2003) expresa en su Título I, artículo 7, apartado 2 que “corresponde a los diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”. En Andalucía, a partir del Estatuto de Autonomía (LO 6/1981) se ha ido conformando una oferta de servicios sanitarios encaminados a cubrir las necesidades de atención de la población andaluza. Para ello ha sido necesaria la incorporación de enfermeras con la formación cualificada que exige la adopción de nuevos roles y



modalidades de atención a la salud relacionadas con la gestión, la docencia, la investigación y la asistencia más allá de la esfera de lo individual y en situación de salud y enfermedad. En este contexto, el aumento de la esperanza de vida global plantea unas necesidades de cuidados crecientes, condicionadas por un aumento de personas con problemas de salud crónicos y con distintos grados de dependencia.

Como respuesta a esta situación, y ante la imposibilidad de realizar la mayoría de las especialidades y del limitado acceso a los estudios oficiales de segundo y tercer ciclo surgió la necesidad de continuar la formación a través de cursos de posgrado con un carácter más profesionalizante: títulos propios, cursos de expertos, etc., que diesen respuesta a las necesidades del colectivo.

En este contexto, surge una iniciativa de formación de posgrado (Título Superior de Enfermería) en la Universidad de Alicante, pionero en toda España, para dar respuesta a las necesidades de crecimiento de la disciplina. Tras el primer curso impartido, la primera universidad que se incorporó a este proyecto fue la Universidad de Huelva, hecho que supuso una apuesta interesante e innovadora que fue apoyada por el rectorado como un proyecto creativo y potente que suponía un avance para la Universidad al ser la segunda de España y la primera en Andalucía en contar con un programa formativo de estas características. Las universidades implicadas posteriormente mediante un convenio interuniversitario (Alicante, Huelva, Internacional de Cataluña, Almería, Rovira Virgili en principio y más tarde Lleida, Autónoma de Madrid y Zaragoza) con la Universidad Coordinadora (Alicante). El Título Superior de Enfermería empezó a marcar una nueva época en la Enfermería contemporánea española, con un destacable impacto en el desarrollo profesional de las enfermeras a nivel asistencial, docente, en la gestión y en la investigación, abriendo la puerta a la formación de posgrado oficial y al Doctorado, que vendría unos años más tarde de la mano del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), también conocido como proceso de Bolonia.

Este proceso supuso la adaptación de los planes de estudio de las distintas titulaciones universitarias a la estructura de Grado, con una duración de 4 años y una carga lectiva de 240 ECTS, que tenía como objetivo, en el caso de Enfermería, realizar también una adaptación de enseñanzas globales a través de nuevas herramientas conceptuales y metodológicas que facilitarían el desarrollo de las distintas competencias profesionales, sustentada en el conocimiento científico disponible.

El inicio de este proceso, también permitió la adaptación del Título Superior de Enfermería a la estructura de Máster Oficial que daría origen al Máster Oficial en Ciencias de la Enfermería. A pesar de que la transición a la categoría de Grado todavía se estaba discutiendo en España, en septiembre de 2006



se implementaron los primeros Programas Oficiales de Máster y Doctorado en diferentes regiones, después de obtener la aprobación. Uno de ellos fue el programa de Máster y Doctorado Interuniversitario en Ciencias de la Enfermería en las siguientes universidades: Alicante, Internacional de Cataluña, Rovira i Virgili de Tarragona, Lleida y Zaragoza, y en septiembre de 2007 se incorporaron dos universidades más: Huelva y Almería.

El programa Máster estaba conformado por 120 ECTS a lo largo de dos años, donde el alumno adquiere distintas competencias básicamente relacionadas con estas áreas: investigación, gestión y liderazgo, educación y práctica avanzada. Con acceso a los programas de Doctorado y que ha posibilitado la lectura de tesis doctorales de egresados en Enfermería, siendo el precursor de gran parte del profesorado que actualmente conforma el equipo docente del Departamento de Enfermería y que ha posibilitado que esta formación también se traslade al ámbito asistencial donde muchos de sus egresados ejercen funciones y cargos a nivel directivo y de gestión, además de haber sido el germen de la producción científica de la Enfermería a nivel nacional y autonómico.

Tras la extinción del Máster Oficial en Ciencias de la Enfermería en 2014-2016, y dada la necesidad de dar continuidad a los estudios de Grado en Enfermería para dar acceso a los estudios de segundo y tercer ciclo, así como de dar respuesta a las crecientes necesidades en salud de la población, en el año 2017 se comienza a trabajar en la elaboración de una propuesta de Máster Oficial en Enfermería de Práctica Avanzada en Atención a la Cronicidad y la Dependencia.

En las últimas décadas, se han producido profundos cambios en el papel que desempeñan los profesionales de Enfermería dentro del sistema sanitario en relación a las funciones, responsabilidades y a las estructuras organizativas, tanto en el nivel especializado como en el nivel de atención primaria. Se demandan unos profesionales capaces de prestar unos cuidados personalizados, integrales e integrados, centrados no sólo en el individuo, sino también en la familia y la comunidad, en los que, además de responder a las necesidades específicas a lo largo de todo el ciclo vital, que se adapten a la diversidad de situaciones propias de una sociedad cambiante, con unas competencias avanzadas.

En este contexto, y según se deriva de las tendencias internacionales, para conseguir una atención sanitaria ágil, eficiente y de calidad resulta imprescindible reorientar la estructura organizativa existente y establecer los mecanismos adecuados para satisfacer las necesidades de la población a través de una redefinición de las competencias profesionales, en términos de capacitación y de responsabilidades, donde los profesionales de Enfermería ofrecen una gran potencialidad para mantener un cuidado continuo e integral, especialmente en el seguimiento de los procesos crónicos, ofreciendo una nueva cartera de servicios con mayor autonomía y capacidad resolutive.



El Consejo Internacional de Enfermería definió en 2002 la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) como una enfermera graduada universitaria que ha adquirido un conocimiento experto, habilidades complejas en la toma de decisiones y competencia clínica para expandir su práctica, cuyas características están configuradas por el contexto y el país en el que está acreditada para ejercer.

Como nivel de entrada en este perfil profesional se recomienda formación de postgrado de alto nivel con programas formativos estructurados, reconocidos y acreditados y un sistema formal de regulación, acreditación, registro, certificación y de credenciales. Esta enfermera puede desarrollar sus funciones en el ámbito clínico centrado en la atención al paciente, la gestión y la consultoría clínica, gestora y de investigación. En los países en los que se ha implantado plenamente se le reconoce por su rol avanzado y autónomo, su gestión propia de la cartera de pacientes, ser consultora dentro y fuera de su disciplina y llegar a ser incluso puerta de acceso al sistema sanitario.

Por todo ello, es preciso establecer líneas formativas que converjan con las regulaciones normativas existentes, de manera que se puedan desarrollar este tipo de modelos que proporcionan una mejor gestión de casos en la cronicidad y la dependencia, puesto que se ha demostrado su contribución a la mejora de salud y calidad de vida de los pacientes, la mejora de la calidad de los servicios y costo-eficiencia de las intervenciones, una mayor cohesión de los equipos asistenciales y, por supuesto, que todo ello contribuya a la sostenibilidad del sistema sanitario y a la satisfacción de los usuarios.

En este proceso de definición de roles avanzados en España, se ha visto acompañado de la necesidad de dotar a estos perfiles de EPA de una formación académica a nivel de Máster y Doctorado a las figuras de Enfermería de Práctica Avanzada definidas desde el año 2010 en Andalucía y otras comunidades autónomas, entre las que caben destacar a las Enfermeras Gestoras de Casos y los perfiles emergentes de Enfermeras de Práctica Avanzada (EPA): Oncológicas, Heridas Crónicas, Ostomías, etc.

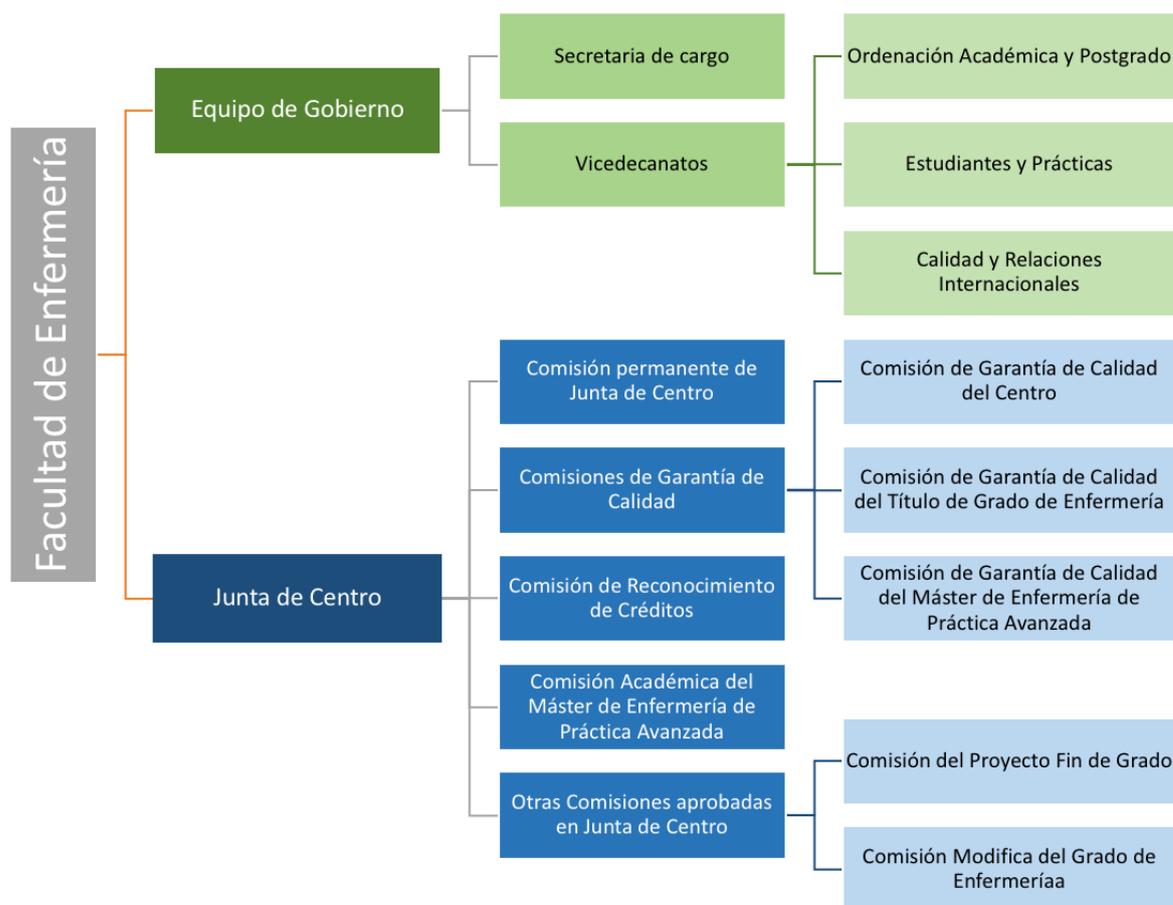
La primera edición del Máster en Enfermería de Práctica Avanzada en Atención a la Cronicidad y la Dependencia comienza a impartirse en el curso 2018-19. Este Máster tiene como objetivo Este máster tiene como objetivo ofrecer una formación específica para la Enfermería de Práctica Avanzada en cronicidad y dependencia como fenómenos complejos y multidimensionales, que debe integrar las perspectivas social y sanitaria en la atención integral del paciente crónico y su familia, así como garantizar el acceso a los estudios de Doctorado de los Graduados en Enfermería, potenciando sus competencias en investigación.

Por tanto, este proyecto supone, de nuevo, un importante esfuerzo de la Facultad de Enfermería por mantenerse a la vanguardia de la formación, con un amplio equipo docente propio y colaboraciones de



otros departamentos y de profesorado externo referente, que están haciendo posible, que en tan solo dos ediciones, este Máster esté teniendo una gran demanda, y que demuestra la amplia trayectoria de este centro en el diseño y puesta en marcha de nuevos planes de estudio

2.4.2. Organigrama. Órganos de Gobierno. Comisiones



Los órganos de gobierno de la Facultad de Enfermería son los siguientes:

1. Decano
2. El Secretario de la Facultad.
3. Los Vicedecanos/as (Consejo Decanal del Centro)
4. La Junta de la Facultad

Comisiones delegadas de la Junta de Facultad

- Comisión Permanente de la Junta de Centro
- Comisión de Docencia y Ordenación Académica



- Comisión de Reconocimiento de créditos
- Comisión de Garantía de Calidad del Centro
- Comisión de Garantía de Calidad del Título de Grado en Enfermería
- Comisión de Garantía de Calidad del Máster de Enfermería de Práctica Avanzada en Atención a la Cronicidad y a la Dependencia.
- Comisión de Trabajo Fin de Grado

La Junta de Facultad, a propuesta del Equipo Decanal, podrá crear las comisiones asesoras de estudio y/o trabajo que estime oportunas con la composición que se establezca en el acuerdo de creación. Siempre estarán presididas por el Decano o la Decana o persona en quien delegue. La Junta aprobará las competencias que ostentará y que sean consideradas adecuadas estableciéndose con nitidez el alcance de dichas competencias, esto es, si se deben limitar a formular propuestas e informes o si se extiende a adoptar la decisión correspondiente.

2.4.2.1 Composición y funciones de la Junta de Facultad y de las Comisiones Delegadas

LA JUNTA DE FACULTAD

La Junta de Facultad es el órgano colegiado de gobierno representativo de la comunidad universitaria que integra el Centro, a la que compete las funciones establecidas en el art. 17 de la L.R.U. y el art. 92 y 97 de los Estatutos de la Universidad de Huelva aprobados por Consejo de Gobierno de 20/07/99 (BOJA nº 101. De 31/08/99).

Son atribuciones de la Facultad:

- a) Elaborar sus Reglamentos de Régimen Interno, así como las modificaciones que sean precisas, sometiéndolos a la Junta de Gobierno para su aprobación y al Claustro Universitario para su informe.
- b) Elaborar y proponer, previo informe de los Departamentos afectados, las iniciativas sobre creación, modificación, supresión y denominación de titulaciones y las condiciones para su obtención.
- c) Participar en el procedimiento de elaboración del Plan o los Planes de Estudio de la titulación o titulaciones seguidas en el Centro, así como sus reformas, de acuerdo con la normativa reguladora correspondiente.
- d) Elaborar el Plan de Organización Docente del Centro para cada curso académico, recabando de los Departamentos los medios necesarios para llevarlo a efecto.



- e) Coordinar y supervisar la actividad docente de los Departamentos, en lo que se refiere al propio Centro.
- f) Formular las necesidades del Centro en lo referente a la plantilla del Personal de Administración y Servicios.
- g) Formular las necesidades del Centro en lo que se refiere a espacio físico y medios materiales.
- h) Elaborar y aprobar sus propios presupuestos, así como sus liquidaciones, de acuerdo con los conceptos y cuantías que en los mismos se determinen.
- i) Programar y realizar las actividades de Extensión Universitaria demandadas por los/as miembros del Centro.
- j) Proponer la suscripción de Convenios y Contratos de colaboración con entidades públicas o privadas o con personas físicas.
- k) Evaluar informes o dictámenes para asesoramiento de los órganos de gobierno de la Universidad, cuando sean requeridos.
- l) Crear, reestructurar, mantener y suprimir sus propios servicios de apoyo a la actividad docente desarrollada en el Centro.
- m) Colaborar en la realización de los procesos de participación de los miembros del Centro en los órganos de gobierno de la Universidad.
- n) Elaborar y aprobar las memorias anuales de actividades.
- o) Aprobar las propuestas de concesiones de premios y distinciones.
- p) Constituir y disolver Comisiones en orden al adecuado desarrollo de sus funciones.
- q) Proponer el nombramiento y el cese del Director/a de conformidad con la normativa vigente.
- r) Conocer el nombramiento y cese de los demás órganos unipersonales del Centro.
- s) Cualquiera otra competencia que le atribuya la normativa vigente en la Universidad de Huelva.

LA ORGANIZACIÓN DE LA JUNTA DE FACULTAD

La composición de la Junta de Facultad se establecerá de conformidad con lo dispuesto en el Art. 94 de los Estatutos de la Universidad de Huelva.

La Junta de Facultad de Enfermería estará compuesta por un total de 30 miembros, más el/la Decano/a y el/la Secretario/a, como miembros natos, si no fueran miembros electos.

Según lo recogido en el Reglamento de Régimen Interno de la Facultad aprobado el en Consejo de Gobierno de la Universidad de Huelva de 9 de mayo de 2016, el número de miembros electos por sectores será el siguiente:



- a) 19 miembros del Personal Docente e Investigador (PDI) perteneciente a cuerpos docentes de la universidad con la siguiente distribución:
- 17 miembros pertenecientes al cuerpo PDI con vinculación permanente:
 - Cada Departamento con al menos 24 créditos de docencia en las titulaciones de Grado designarán a un/a representante el cual deberá impartir docencia en alguna de las titulaciones.
 - Los Departamentos con menos de 24 créditos de docencia elegirán a un representante de entre el profesorado que imparta docencia en alguna de las titulaciones.
 - El resto de miembros, hasta 17, serán elegidos de entre el personal con vinculación permanente que imparta docencia en alguna de las titulaciones.
 - 2 miembros han de ser elegidos entre el PDI con vinculación no permanente.
- b) 8 de Estudiantes de los que son natos los/as Delegados/as de titulación según se contempla en el artículo 7.3. así como un representante de todos los Másteres Oficiales dependientes de la Facultad. La elección de los estudiantes se realizará de entre los/las delegados/as de cada uno de los grupos. Al objeto de facilitar la asistencia y participación en las sesiones y eventos propios de la representación, este sector nombrará un/a sustituto/a por cada miembro.
- c) 3 miembros del Personal de Administración y Servicios (PAS).
1. Son miembros natos de la Junta de Facultad, el Decano o Decana y el/la Secretario/a. Salvo que además fueran electos, no computarán dentro de los porcentajes del sector al que pertenezcan. Además de éstos serán miembros natos de la Junta los/as Delegados/as de las titulaciones oficiales adscritas al Centro, computándose dentro del 25% perteneciente a los estudiantes. Se tendrá un/a delegado/a de titulación por cada uno de los grados impartidos, y un/a delegado/a representante de todos los Másteres Oficiales dependientes de la Facultad de Enfermería.
 2. Todos los Departamentos con docencia en la Facultad, estarán representados en la Junta, bien de forma directa, bien a través de una persona que agrupe la representación de varios Departamentos. Toda esta representación se computará dentro de los 17 miembros del personal con vinculación permanente. Cada Departamento con al menos veinticuatro créditos de docencia en las titulaciones de la Facultad, estará representado directamente en la Junta por un miembro del mismo. Aquellos Departamentos con docencia inferior a veinticuatro créditos agruparán su representación en una persona designada de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 8.4.



COMISIONES DELEGADAS

1. **La Junta de Facultad dispondrá de una Comisión Permanente** que estará presidida por el Decano la Decana y a la que pertenecerá el/la Secretario/a de Centro. Será designada por y entre los miembros de la Junta de Facultad siendo su composición un/a profesor/a, el/la Delegado/a de Titulación con mayor número de matriculados/as en el Centro y un miembro del Personal de Administración y Servicios que en el caso de que el/la responsable de la Unidad Administrativa del Centro pertenezca a la Junta recaerá en el/la mismo/a dicha representatividad.
2. La Junta de Facultad, a propuesta del Equipo Decanal, podrá crear las comisiones asesoras de estudio y/o trabajo que estime oportunas con la composición que se establezca en el acuerdo de creación. Siempre estarán presididas por el Decano o la Decana o persona en quien delegue. La Junta aprobará las competencias que ostentará y que sean consideradas adecuadas estableciéndose con nitidez el alcance de dichas competencias, esto es, si se deben limitar a formular propuestas e informes o si se extiende a adoptar la decisión correspondiente.
3. Las comisiones creadas aplicando el punto anterior, deberán establecer una normativa de funcionamiento que se regirán por lo establecido en este Reglamento. Se hará constar las convocatorias mínimas, composición, constitución, desarrollo de las sesiones, votaciones, adopción de acuerdos y demás trámites de funcionamiento.
4. Necesariamente deberán crearse una Comisión de Garantía de Calidad, una Comisión de Docencia y Ordenación Académica y una Comisión de Reconocimiento de Créditos.

FUNCIONES DE LAS COMISIONES DELEGADAS

1. Las Comisiones Delegadas se establecerán para la preparación de los asuntos que conciernen a la Junta de Facultad. Dicha preparación será llevada a efecto mediante el estudio y la elaboración de propuestas que no serán vinculantes, en forma alguna, para la Junta de Facultad.
2. Excepcionalmente, y por acuerdo expreso, la Junta de Facultad podrá delegar en sus Comisiones Delegadas la competencia para resolver concretos asuntos o materias.
3. Asimismo, corresponderán a las Comisiones Delegadas cualesquiera otras funciones que les vengan encomendadas por la Junta de Facultad, como la emisión de informes, la elevación al Decano-o de propuestas de resolución de convocatorias de ayudas establecidas por la Junta de Facultad, o cualesquiera otras.



Sin perjuicio de lo anterior, la Junta de Facultad podrá conocer, deliberar y, en su caso, adoptar acuerdos, acerca de cualquier asunto de su competencia, aunque no haya sido tratado previamente en la Comisión Delegada correspondiente.

COMPETENCIAS DE LAS COMISIONES DELEGADAS

1. **La Comisión Permanente** podrá conocer y resolver asuntos de trámite u otros asuntos expresamente autorizados por la Junta, así como los que a juicio del Decano o Decana tengan carácter urgente. De lo acordado por esta comisión tendrá que ser ratificado en la Junta de Facultad.
2. **Comisión de Docencia y de Ordenación académica.**
 - Garantizar el cumplimiento de los derechos de los/as profesores/as y alumnos/as.
 - Velar por el correcto funcionamiento de los Tribunales Cualificados de Examen y Apelación.
 - Asesorar al Decano-a en todo lo relativo a la Ordenación Académica de la Facultad.
 - Proponer a la Junta de Facultad el Plan de Ordenación Docente.
 - Informar sobre las necesidades de Profesorado de los Departamentos, de acuerdo con sus Planes de Organización Docente y las propuestas de los mismos.
 - Coordinar la realización de exámenes (parciales, finales o cualquier otra prueba).
 - Informar sobre la capacidad docente del Centro y la previsión de necesidades, teniendo en cuenta la demanda social de la enseñanza.
 - Cualesquiera otras que le puedan ser atribuidas por la propia Junta de Facultad.

3. **Comisión de Reconocimiento de Créditos.**

Esta comisión se regirá por lo establecido en la normativa que al efecto regula el procedimiento de Convalidación y Reconocimiento de Estudios de la Universidad de Huelva y será la encargada de la toma de decisiones al respecto en respuesta a las solicitudes del alumnado de las Titulaciones del Centro y no de los programas de máster, los cuales tienen gestión independiente y autónoma.

La finalidad es resolver, en primera instancia, las solicitudes para el reconocimiento de créditos a efectos de la obtención del título oficial de Grado obtenidos en enseñanzas universitarias oficiales en la Universidad de Huelva o en otra universidad española.

4. **Comisión de Garantía de Calidad del Centro**



- Verificar la planificación del SGIC del Centro, de modo que se asegure el cumplimiento de los requisitos generales del Manual del SGIC, de la Política y los Objetivos de la Calidad y de los requisitos contemplados en las guías de verificación y certificación correspondientes.
- Ser informada por el Decano respecto a la Política y los Objetivos Generales de la Calidad de la Facultad, y difundir esta información por el resto del Centro.
- Recibir y, en su caso, coordinar la formulación de los objetivos anuales del Centro y realiza el seguimiento de su ejecución.
- Realizar el seguimiento de la eficacia de los procesos a través de los indicadores asociados a los mismos.
- Controlar la ejecución de las acciones derivadas de la revisión del sistema, de las acciones de respuesta a las sugerencias, quejas y reclamaciones y, en general, de cualquier proyecto o proceso que no tenga asignado específicamente un responsable para su seguimiento.
- Estudiar y, en su caso, aprobar la implantación de las propuestas de mejora del SGIC sugeridas por los restantes miembros del Centro.
- Decidir la periodicidad y la duración, dentro de su ámbito de competencia, de las campañas de recogida de encuestas de medida de la satisfacción de los grupos de interés.
- Ser informada por la Comisión de Garantía de Calidad de los Títulos de Grado y Máster de los resultados de las encuestas de satisfacción y proponer criterios para la consideración de las propuestas de mejora que puedan derivarse de esos resultados.

5. Comisión de Garantía de Calidad del Título de Grado.

Dar cumplimiento a lo establecido en el Reglamento de funcionamiento de la comisión de Garantía de Calidad del Título de enfermería, incluyendo la elaboración de actas simples de todas las reuniones, que servirán posteriormente como evidencias de la gestión de calidad.

- Adaptación al contexto específico del Título de los sistemas y procedimientos (Manual de Calidad) que permitan la evaluación, el seguimiento, el control y la mejora continua de la diversidad de procesos del Título, combinando adecuadamente la simplicidad con el rigor, de manera que sean eficaces y eficientes para el fin previsto.
- Debe ocuparse especialmente del desarrollo detallado de la Memoria de Verificación.
- Recogida sistemática de información sobre todos los aspectos propuestos en la Memoria del Plan de Estudios presentada a verificación.
- Implicación con las autoridades académicas en la mejora permanente del Título, garantizando la máxima objetividad e independencia en todas sus actuaciones.



- Asegurarse de maximizar la participación de todas las partes interesadas en los procesos de recogida de información.
- Velar por el cumplimiento de las actuaciones recogidas en el Manual de Calidad.
- Contribuir a la acreditación ex-post (programa ACREDITA).

6. Comisión de Garantía de Calidad del Máster de Enfermería de Práctica Avanzada en atención a la cronicidad y la dependencia.

- Se registrá por el manual del Sistema de Garantía de Calidad de la Facultad de Enfermería.
- Tiene las siguientes obligaciones:
 - Asegurarse de que se establecen, implantan y mantienen los procesos necesarios para el desarrollo del SGIC del Máster de la que es responsable.
 - Realiza el seguimiento de la eficacia de aquellos procesos recogidos en el SGIC relacionados directamente con el título y que la Comisión de Garantía de Calidad del Centro le encomiende. Para ello tendrá en cuenta los indicadores asociados a los mismos.
 - Informar a la Comisión de Garantía de Calidad del Centro sobre el desempeño del SGIC en la titulación correspondiente y de cualquier necesidad de mejora.
 - Asegurarse de que se promueve el cumplimiento de los requisitos de los grupos de interés a todos los niveles relacionados con la titulación.
 - Implicar a todas las partes interesadas (profesorado, PAS, estudiantes, agentes externos) en los procedimientos de recogida de información pertinentes, asegurando la máxima participación

7. Comisión de trabajo fin de grado

Esta comisión tiene entre sus funciones:

- Valorar la solicitud de TFG de los alumnos que no se pueden matricular por incompatibilidad.
- Aprobar, por delegación de la Junta de Centro, la asignación de línea temática y tutor/a.
- Resolver las reclamaciones que pudiera existir en relación a la asignación de línea temática y tutor/a.
- Resolver las solicitudes de cambio razonado de asignación por parte del tutor/a y por parte del alumno/a.
- Aprobar los Tribunales de Evaluación y el reparto de TFG por delegación de la Junta de Centro.



- Resolver los informes de mención de matrícula de honor aplicando los criterios aprobados en Junta de Centro.
- Resolver las reclamaciones sobre las decisiones de los Tribunales presentadas por el alumnado.
- Arbitrar en cuantos conflictos puedan surgir en el proceso de TFG.
- Velar por la aplicación de esta normativa.

2.4.3. Personal de administración y servicios de la Facultad de Enfermería

El PAS es el sector de este centro que mediante el ejercicio de sus actividades específicas, tanto técnicas como administrativas y de gestión, constituye la estructura funcional de la Facultad de Enfermería.

El Personal de Administración y Servicios presenta un alto grado de formación y una actitud positiva que redundan en beneficio del funcionamiento diario del Centro. Asimismo la organización de los servicios y las áreas de gestión administrativa es eficiente y satisface las necesidades de los usuarios.

Respecto a la organización de los servicios se identifican los siguientes:

- Servicio de Secretaría.- desde este servicio se presta y desarrolla la gestión administrativa y académica relativa a la Titulación.
- Servicio de Conserjería.- desde este servicio se presta el conjunto de actuaciones relativas a la gestión de espacios, medios de apoyo a la docencia e infraestructura del Centro.
- Servicio de Biblioteca.- desde este servicio se efectúa el mantenimiento y préstamo de manuales, revistas y libros relacionados con la titulación que sirven de soporte al profesorado y alumnado inscrito en la misma.
- Servicio de Almacén de Laboratorio.

Por su parte, dentro de las Áreas de Gestión Administrativas se identifican las siguientes:

- Gestión Académica.- Se contempla la atención al profesorado adscrito a las titulaciones que se imparten en el centro y al alumnado matriculado y los egresados.
- Gestión de Espacios e Infraestructura.- conlleva la gestión y reserva de los espacios disponibles para el desarrollo de las actividades formativas derivadas del Plan de Estudios de la Titulación.
- Gestión Económica.- Conlleva la gestión económica y contable del Presupuesto del Centro asignado por la Universidad y las actuaciones derivadas de la gestión de convenios y acuerdos adoptados con otros organismos externos a la Universidad (Junta de Andalucía, Diputación, Ayuntamiento, Empresas, ...).
- Gestión Administrativa.- Contempla el conjunto de actuaciones derivadas de la demanda planteada por los miembros de la comunidad universitaria (profesorado, alumnos/as, servicios, etc.) relativas a emisión de certificados, resoluciones de convalidación, adaptación,



reconocimiento de créditos de libre configuración, emisión de actas de exámenes, matriculas, información administrativa y de procedimiento, entre otras. Para llevar a cabo la gestión directa de la demanda se establece, con carácter ordinario, un horario de atención al público de 10:00 h. a 13:00 h. No obstante, para garantizar la atención de los colectivos integrados por alumnos residentes fuera de la ciudad de Huelva o bien que por incompatibilidades laborales no puedan acudir en el horario referido, se garantiza su atención por medio de correo electrónico, fax y otros medios telemáticos.

El Personal de Administración y Servicios está conformado por los siguientes miembros: un Jefe de Unidad, un Jefe de Negociado, dos Puestos Base Administrativos. De estos últimos una persona ejerce funciones de Secretaria de Dirección de la Facultad de Enfermería. Además, dependientes de la Universidad de Huelva, existen cuatro puestos de Técnicos de Conserjería y dos Técnicos Especialistas en Biblioteca, Archivos y Museos.

El Personal de Administración y Servicios adscrito a la Titulación desempeña sus funciones de forma eficaz para el desarrollo de la gestión de los distintos procesos en los que se requiere su intervención y es elevado el grado de implicación de los miembros de este colectivo en los órganos de gobierno y de funcionamiento ordinario (Junta de Facultad y Comisiones Delegadas).

2.5. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Los datos de identificación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva son los siguientes:
Razón Social: Facultad de Enfermería Domicilio Social: Avda. Tres de Marzo, S/N. Campus Universitario “El Carmen”, 21071 Huelva

CIF (de la Universidad): 7150008-F

Correo electrónico: atencion.secretaria@enfe.es

Teléfono: 959218310

Fax: 959218360

Página Web institucional: <http://www.uhu.es/enfe/>



CAPÍTULO 3. ESTRUCTURA DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CENTRO

3.1. Introducción

En este capítulo se expone la estructura que la UHU y los Centros que la integran, establecen para lograr el desarrollo y cumplimiento de los objetivos marcados en su SGC.

Los Centros, con el fin de garantizar la eficacia y calidad de los procesos de enseñanza, precisan dotarse de estructuras organizativas que les permitan asumir dichas tareas. Por ello, los Equipos Directivos de los Centros cuentan con los Coordinadores de Títulos, la Comisión de Garantía de Calidad del Centro (CGCC), las Comisiones de Garantía de Calidad de los Títulos (CGCT) y las Juntas de Centro, para asegurar el desarrollo del SGC en sus correspondientes títulos.

3.2. Organigrama de la Universidad de Huelva con relación al Sistema de Garantía de Calidad

3.2.1. COMISIÓN PARA LA CALIDAD DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA

En base al artículo 225.1 de los [Estatutos de la UHU, Título VII de la Calidad Universitaria](#), la Universidad cuenta con una Comisión para la Calidad, delegada del Consejo de Gobierno, cuyo principal objetivo es *promover el impulso, la coordinación y la implicación de la comunidad universitaria en la mejora de la calidad*, pudiendo asumir, además de esta función, cualquier otra que le asignen los órganos de gobierno (art. 227.2)

La Comisión *estará presidida por el Vicerrector o Vicerrectora encargado de Calidad y compuesta por representantes del profesorado, personal de administración y servicios, estudiantes, técnicos de la Unidad para la Calidad y Dirección de la misma. Al menos, el 51% de sus miembros serán miembros del profesorado doctor con vinculación permanente* (artículo 225.2).

3.2.1.1. Funciones

- Elaborar su reglamento de funcionamiento, que será aprobado por el Consejo de Gobierno.
- Coordinar la formulación de los objetivos anuales de calidad de la UHU.
- Recabar los informes y estudios necesarios y promover la colaboración de expertos, instituciones y entidades en la evaluación y mejora de la calidad universitaria.
- Aprobar la planificación y puesta en marcha de los procesos de evaluación institucional, de acreditación y de certificación de las titulaciones, así como de los servicios y la administración de la Universidad.



- Supervisar el correcto desarrollo y funcionamiento de dichos procesos a través de la Unidad para la Calidad.
- Estudiar la implantación de las propuestas de mejora del SGC de los Centros de la UHU.
- Garantizar la coordinación de los órganos universitarios responsables de la evaluación de la calidad.
- Constituir cuantas Comisiones sean requeridas para el desarrollo de sus funciones
- Cualesquiera otras que se deriven de la aplicación de la normativa vigente en materia de calidad.

3.2.1.2. Composición

La Comisión para la Calidad de la UHU está compuesta por 10 miembros que representan a las distintas unidades institucionales competentes en materia de calidad; la composición será la siguiente:

- Vicerrector con competencias en materia de calidad, que actuará como Presidente.
- Director de la Unidad para la Calidad.
- Representante de los Decanos y Directores de Centro
- Representante de los Directores de Departamento.
- Representante del Profesorado CDU.
- Representante del Profesorado no CDU.
- Representante de estudiantes.
- Representante del PAS.
- Representante del Consejo Social.
- Representante del Personal Técnico de la Unidad para la Calidad, que actuará como Secretario.

3.2.1.3. Renovación

El mandato de cada miembro titular será de cuatro años, salvo que pierda la condición por la cual fue designado o elegido. En el proceso de renovación se procurará que los cambios garanticen la continuidad de las tareas.

3.2.1.4. Reuniones

Las reuniones ordinarias de la Comisión para la Calidad de la UHU serán convocadas por su Presidente con al menos 48 horas de antelación mediante comunicación electrónica personalizada a todos sus componentes, en la que se especificará el orden del día (temas a tratar) y se remitirá la pertinente documentación. Las reuniones extraordinarias serán convocadas por el Presidente para tratar un único tema con una antelación mínima de 24



horas. La frecuencia de reuniones ordinarias será de, al menos, dos al año. La iniciativa de convocatoria podrá ser por parte del Presidente de la Comisión, por 1/3 de los miembros de la misma o por solicitud de las autoridades académicas.

De las sesiones, el Secretario levantará acta que enviará a todos los miembros, los cuáles dispondrán de una semana para proponer correcciones, en caso contrario se considerará aprobada.

3.2.1.5. Decisiones

Las decisiones colegiadas de la Comisión para la Calidad de la UHU serán tomadas por mayoría de los asistentes a la reunión. El Presidente tendrá un voto de calidad en el caso de igualdad de número de votos a favor o en contra de una decisión propuesta. Las decisiones tendrán carácter no ejecutivo.

3.2.2. UNIDAD PARA LA CALIDAD

En base al artículo 225.1 de los [Estatutos de la UHU, Título VII de la Calidad Universitaria](#), la Universidad cuenta con una Unidad para la Calidad, órgano técnico al servicio de la comunidad universitaria.

3.2.2.1. Objetivo

Desarrollar la cultura de calidad con el asesoramiento, supervisión y apoyo a las actividades de mejora, orientación, evaluación y control en todos los ámbitos universitarios (art. 228.1 Estatutos de la UHU).

3.2.2.2. Funciones

- Proporcionar información objetiva a la Comisión para la Calidad y a los órganos de gobierno para la adopción por éstos de decisiones bien fundamentadas (art. 228.2)
- Coordinar las actividades de evaluación que se desarrollen tanto por iniciativa de la propia Universidad como por la de órganos externos a ésta (art. 228.3)
- Prestar asesoramiento técnico en todos los procesos de evaluación, certificación y acreditación de la Universidad de Huelva (art. 228.3)



3.3. Organigrama del Centro con relación al SGC

3.3.1. EQUIPO DIRECTIVO

El Equipo de Dirección del Centro, y en particular su Decano o Director como principal responsable, actúa como corresponde a la Dirección de cualquier organización comprometida con el establecimiento, desarrollo, revisión y mejora de un sistema de garantía de calidad. **Al Equipo de Dirección del Centro le corresponde la implantación, revisión y propuestas de mejora del SGC del Centro auxiliado por la Comisión de Garantía de Calidad del Centro (CGCC) y las Comisiones de Garantía de Calidad de las Titulaciones impartidas en el mismo (CGCT).**

En este sentido asume las responsabilidades que en los diferentes documentos del SGC del Centro se indican y lidera en todo momento las actuaciones correspondientes al SGC.

El nombramiento y/o cese de los miembros de las Comisiones de Garantía de Calidad, tanto CGCC como CGCT, se formalizará a través de una Resolución del Decano o Director del Centro y **se mantendrá informada a la Unidad para la Calidad.**

Como muestra inicial de su compromiso con la gestión de la calidad, el Decano del Centro propone el desarrollo e implantación de un SGC en el Centro, de acuerdo con los criterios propuestos por la Unidad para la Calidad, así como la mejora continua de su eficacia. Como consecuencia de ello, todas las personas del Centro, como cualesquiera otras cuyas funciones tengan relación con los procesos del sistema, están implicadas en la realización de actividades relacionadas con el SGC, siendo cada una de ellas responsable de la implantación, en su campo de actividad específico.

Para ello el Decano propone a la Junta de Centro la Política y los Objetivos de Calidad para las actividades objeto del alcance del SGC, comunica a todo su personal la importancia de satisfacer los requisitos de los grupos de interés, así como los legales y reglamentarios de aplicación a sus actividades. Se compromete, además, junto con el Equipo Directivo, a llevar a cabo revisiones del SGC y a asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para que se cumplan los objetivos de calidad.

Igualmente, el Decano mantendrá una invitación dirigida a todas las personas del Centro, para que realicen propuestas de mejora, las cuales serán estudiadas y, en su caso, aprobadas por la CGCC, con el objetivo de mejorar los procesos y los resultados de la calidad.

3.3.2. VICEDECANO EN MATERIA DE CALIDAD

Para ayudar al Decano o Director en las tareas correspondientes al diseño, implantación, mantenimiento y mejora del SGC del Centro, éste puede nombrar un Vicedecano en materia de Calidad. Con independencia de



las responsabilidades que se le indiquen en el correspondiente nombramiento o que le sean asignadas posteriormente por la CGCC, el Vicedecano tiene la responsabilidad y autoridad suficiente para:

- Asegurar que se establecen, implantan y mantienen los procesos necesarios para el desarrollo del SGC del Centro.
- Informar al Equipo Directivo sobre el desempeño del SGC y de cualquier necesidad de mejora.
- Asegurarse de que se promueve la toma de conciencia de las necesidades de los grupos de interés en todos los niveles del Centro.

3.3.3. COMISIÓN DE GARANTÍA DE CALIDAD DEL CENTRO

La Comisión de Garantía de Calidad del Centro (CGCC) es un órgano que participa en las tareas de planificación y seguimiento del SGC, actuando además como uno de los vehículos de comunicación interna de la política, objetivos, planes, programas, responsabilidades y logros de este sistema.

3.3.3.1. Funciones

Una enumeración no exhaustiva de sus funciones es la siguiente:

- Verificar la planificación del SGC del Centro, de modo que se asegure el cumplimiento de los requisitos generales del MSGC, de la Política y los objetivos de Calidad y de los requisitos contemplados en las guías de seguimiento, verificación y certificación correspondientes.
- Proponer al equipo directivo del Centro respecto a la Política y los objetivos Generales de Calidad del centro.
- Recibir y, en su caso, coordinar la formulación de los objetivos anuales del Centro y realizar el seguimiento de su ejecución.
- Realizar el seguimiento de la eficacia de los procedimientos a través de los indicadores asociados a los mismos.
- Controlar la ejecución de las acciones derivadas de la revisión del sistema en el Plan de Mejora anual del Centro, de las acciones de respuesta a las sugerencias, quejas y reclamaciones y, en general, de cualquier proyecto o proceso que no tenga asignado específicamente un responsable para su seguimiento.
- Estudiar y, en su caso, proponer al Equipo Directivo del Centro, la implantación de las propuestas de mejora del SGC sugeridas por los grupos de interés.
- Proponer al Equipo Directivo del Centro, en caso necesario, el establecimiento de periodos específicos para las campañas de recogida de cuestionarios *online* para medir la satisfacción de los grupos de interés.

3.3.3.2. Composición



De la CGCC formará parte, al menos, el equipo directivo del Centro, actuando su Decano como Presidente de la comisión y su Secretario/a como secretario de la Comisión; un representante de cada uno de los títulos, preferentemente el Presidente de la CGCT, un representante de los estudiantes y un representante del PAS.

Además, cuando la temática del asunto a tratar así lo requiera, se solicitará la presencia de representantes de Colegios profesionales, empleadores, etc. **La composición de la CGCC se mantendrá actualizada en la página web del Centro.**

3.3.3.3. Renovación

El mandato de cada miembro titular/suplente será de 6 años, salvo que pierda la condición por la cual fue designado o elegido. En el proceso de renovación de miembros en las CGCC se procurará que los cambios garanticen la continuidad de las tareas. El nombramiento y/o cese como miembro de la CGCC se formalizará a través de una Resolución del Decano y **se mantendrá informada a la Unidad para la Calidad.**

3.3.3.4. Reuniones

Las reuniones ordinarias de la CGCC serán convocadas por su Presidente con al menos 48 horas de antelación mediante comunicación electrónica personalizada a todos sus componentes, en la que se especificará el orden del día (temas a tratar) y se remitirá la pertinente documentación. Las reuniones extraordinarias de la CGCC serán convocadas por el Presidente para tratar un único tema con una antelación mínima de 24 horas.

La frecuencia de reuniones ordinarias será de, al menos, una por trimestre. La iniciativa de convocatoria podrá ser por parte del Presidente de la CGCC, por 1/3 de los miembros de la misma o por solicitud de las autoridades académicas.

De las sesiones, el Secretario levantará acta que enviará a todos los componentes de la CGCC, que dispondrán de una semana para proponer correcciones, en caso contrario se considerará aprobada y se publicará en la web del Centro de modo que esté disponible para toda la comunidad universitaria perteneciente al mismo.

3.3.3.5. Decisiones

Las decisiones colegiadas de la Comisión de Garantía de Calidad del Centro serán tomadas por mayoría de los asistentes a la reunión. El Presidente tendrá un voto de calidad en el caso de igualdad de número de votos a favor o en contra de una decisión propuesta. Las decisiones de la CGCC tendrán carácter no ejecutivo y serán remitidas al Equipo Directivo para que se tomen las medidas pertinentes para la mejora continua de todas las titulaciones oficiales impartidas en el Centro.



3.3.1. COMISIÓN DE GARANTÍA DE CALIDAD DEL TÍTULO

Es la encargada de velar por el cumplimiento de la garantía de la calidad para cada uno de los Títulos de los que el Centro es responsable.

3.3.4.1. Funciones

En cada Centro de la UHU se constituirá una CGCT por cada titulación oficial impartida en el mismo, que además de las funciones contempladas en las [Directrices para la elaboración de las propuestas de titulaciones de Grado \(aprobadas en Consejo de Gobierno de 21 de octubre de 2008\)](#) tiene las siguientes obligaciones:

- Asegurarse de que se establecen, implantan y mantienen los procedimientos necesarios para el desarrollo del SGC en la titulación de la que es responsable.
- Realiza el seguimiento de la eficacia de aquellos procedimientos recogidos en el SGC relacionados directamente con el título y que la CGCC le encomiende. Para ello tendrá en cuenta los indicadores asociados a los mismos.
- Informar a la CGCC sobre el desempeño del SGC en la titulación correspondiente y de cualquier necesidad de mejora detectada en el seguimiento anual.
- Asegurarse de que se promueve el cumplimiento de los requisitos de los grupos de interés a todos los niveles relacionados con la titulación.
- Implicar a todas las partes interesadas (profesorado, PAS, estudiantes, agentes externos) en los procedimientos de recogida de información correspondientes, asegurando la máxima participación.

3.3.4.2. Composición

Las CGCT quedan compuestas al menos por los siguientes miembros:

- 3 profesores con docencia en el título, preferentemente con dedicación a tiempo completo, uno de los cuales actuará como Presidente
- 1 representante del PAS
- 1 representante de los estudiantes
- 1 egresado

Actuará como Secretario de la CGCT el miembro que designe su Presidente.

Además, cuando la temática del asunto a tratar así lo requiera, se solicitará la presencia de representantes de Colegios profesionales, empleadores, etc. La composición de la CGCT se mantendrá actualizada en la página web del mismo.



3.3.4.3. Renovación

El mandato de cada miembro titular/suplente será de 6 años, salvo que pierda la condición por la cual fue designado o elegido. En el proceso de renovación se procurará que los cambios garanticen la continuidad de las tareas. El nombramiento y/o cese como miembro de la CGCT se formalizará a través de una Resolución del Decano o Director del Centro y se mantendrá informada a la Unidad para la Calidad.

3.3.4.4. Reuniones

Las reuniones ordinarias de las CGCT en el Centro serán convocadas por el Presidente con al menos 48 horas de antelación mediante comunicación electrónica personalizada a todos sus componentes, en la que se especificará el orden del día (temas a tratar) y se remitirá la pertinente documentación. Las reuniones extraordinarias serán convocadas por el Presidente para tratar un único tema con una antelación mínima de 24 horas. La frecuencia de reuniones ordinarias será de, al menos, una por trimestre. La iniciativa de convocatoria podrá ser por parte del Presidente de la CGCT, por 1/3 de los miembros de la misma o por solicitud de las autoridades académicas. El Secretario levantará un acta por cada reunión, la cual llevará anexados los documentos manejados en la misma. De las sesiones, el Secretario levantará acta que enviará a todos los componentes de la CGCT, que dispondrán de una semana para proponer correcciones, en caso contrario se considerará aprobada y se publicará en la web del Título de modo que esté disponible para toda la comunidad universitaria perteneciente al mismo.

3.3.4.5. Decisiones

Las decisiones colegiadas serán tomadas por mayoría de los asistentes a la reunión. El Presidente tendrá un voto de calidad en el caso de igualdad de número de votos a favor o en contra de una decisión propuesta. Estas decisiones tendrán carácter no ejecutivo y serán remitidas a la CGCC para que se tomen las medidas pertinentes para la mejora continua del Título.

3.3.2. GRUPOS DE MEJORA

La CGCC, bien por propia iniciativa o a propuesta del Equipo de Dirección, podrá proponer la creación de grupos o equipos de mejora, para atender a la resolución de áreas de mejora previamente identificadas, bien como consecuencia de alguno de los procesos de evaluación al que el propio SGC o la acreditación de los títulos del Centro obligan, como consecuencia de sugerencias, quejas o reclamaciones planteadas desde alguno



de los grupos de interés o a través de los Autoinformes anuales de seguimiento y Planes de Mejora de las titulaciones del Centro.

CAPÍTULO 4. CRITERIOS DEL SGC DEL CENTRO

El SGC implantado en el Centro **sigue lo establecido en los criterios recogidos en la [Guía para el programa IMPLANTA](#)** basados en [los criterios y directrices para el aseguramiento de calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior \(ESG 2015\)](#):

- Criterio 1. Información pública
- Criterio 2. Política de aseguramiento de la calidad
- Criterio 3. Diseño, seguimiento y mejora de los programas formativos
- Criterio 4. Personal docente e investigador
- Criterio 5. Gestión de Recursos materiales y servicios
- Criterio 6. Gestión y resultados de los procesos de enseñanza-aprendizaje

4.1. Criterio 1. Información pública

El Centro cuenta con mecanismos que garantizan que la información que publica sobre sus programas formativos y resto de actividades asociadas a los procedimientos del SGC está actualizada, es objetiva, clara, precisa y fácilmente accesible. Asimismo, dispone de un proceso regulado que le permite la **toma de decisiones** relacionada con la información que precisa publicar.

La información publicada se dirige a diferentes grupos de interés tales como al estudiantado actual y potencial, así como egresados, personal docente e investigador y PAS del Centro, personas empleadoras y sociedad en general. Estará publicada, al menos, en la Web del Centro en un lugar visible y se centrará en comprobar, verificar y analizar la información pública acerca de:

Guía IMPLANTA:

1. Estructura organizativa, política y estrategia del centro. Debe tener publicada la política y estrategia del Centro, así como los procedimientos de rendición de cuentas sobre las actividades del Centro. En íntima relación con estos procedimientos, debe tener publicados los resultados obtenidos tras la toma de decisiones en la aplicación y mejora de los procesos del Centro.

2. Oferta Formativa. Información relativa a los datos e indicadores asociados a las titulaciones del



Centro como resultado de su implantación y seguimiento. Informes sobre la participación de los títulos en los diferentes programas de verificación, seguimiento y renovación de la acreditación:

- a. Resultados de las enseñanzas: indicadores de resultados de la oferta formativa, inserción laboral, satisfacción de los distintos grupos de interés.
- b. Resultados de la gestión de servicios e infraestructuras y satisfacción con la utilización de los servicios y recursos materiales.
- c. Resultados de la evaluación del personal docente e investigador.

3. Buzón de quejas, reclamaciones y sugerencias. Información actualizada de los resultados de la recogida de información y tratamiento de las quejas, reclamaciones y sugerencias.

4. Información sobre el SGCC, manual de calidad y procesos, actualizado y vigente.

Todos los procedimientos que configuran el MSPGC del Centro están relacionados y son la referencia y fuente de alimentación para el procedimiento de información pública (P01) que desarrolla lo indicado en este apartado del MSGC.

Procedimiento previsto en el SGC para llevar a cabo el criterio 1:

CRITERIO 1. INFORMACIÓN PÚBLICA

P01. Información Pública

4.2. Criterio 2. Política de aseguramiento de la calidad

El Centro tiene una política de calidad y objetivos estratégicos públicos vinculados con su Sistema de Garantía de la Calidad. La política de calidad y los objetivos estratégicos, junto con los procedimientos que figuran en el mapa (ver anexo I), constituyen los cimientos para el desarrollo de la cultura de la calidad en la Universidad y la mejora continua de los programas formativos. La política de calidad tiene un estatus formal y es pública a través de la página web del Centro.

El Centro tiene definidas las responsabilidades de los cargos académicos y de las diferentes comisiones que participan en los procesos.

El Centro cuenta con mecanismos que orientan la definición, la aprobación y el despliegue de la política y objetivos, implica y promueve la participación de los diferentes grupos de interés vinculados al Centro. Así



mismo, también se asegura de que la política de calidad y los objetivos estratégicos son revisados y se rinde cuentas sobre los resultados alcanzados.

4.2.1. Política de aseguramiento de la calidad

El Centro es consciente de que ha de consolidar una cultura de la calidad, basada en una política y unos objetivos de calidad conocidos y accesibles públicamente.

Para ello realiza una declaración pública y por escrito de su política y objetivos de calidad, que alcanzan a todos los títulos oficiales que se imparten en el Centro y de los que, por tanto, es responsable.

Para su elaboración, revisión y actualización, dispone de un procedimiento documentado (P02) en el que se indican las acciones tanto para la definición y aprobación en su versión inicial, como para su revisión y mejora de forma sistemática.

Como punto inicial, el Centro identifica sus grupos de interés, los cauces en que pueden participar en la elaboración y desarrollo de su política y objetivos y determina el modo (cómo, quién, cuándo) en qué rinde cuentas a los grupos de interés sobre el cumplimiento de la política y objetivos de calidad.

La Política y objetivos de Calidad del Centro deben ser coherentes con los definidos por la propia UHU en su Plan Estratégico.

Por política de calidad se entiende el conjunto de intenciones globales y orientación de una organización relativas al compromiso con la calidad del servicio hacia el usuario y hacia las partes interesadas. Asimismo, objetivos de calidad son la relación de aspectos, propuestas e intenciones a lograr con el propósito de mejorar la organización.

También se facilitan, en este apartado, detalles sobre cómo se asegura el Equipo Directivo de que esa política de calidad:

- es adecuada al propósito del Centro,
- incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión interna de la calidad,
- proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad,
- es comunicada y entendida dentro del Centro, y
- es revisada para su continua adecuación.

Este apartado incluye asimismo una formulación de los objetivos generales de la calidad del Centro, los cuales resultan netamente coherentes con la política de calidad. No obstante, el sistema prevé medios adicionales para desplegar esos objetivos generales en otros más específicos de las diferentes funciones y procesos, como se indica en el correspondiente procedimiento de Política y objetivos de calidad (P02).

La definición precisa del ámbito de aplicación de la política y los objetivos de la calidad se recoge en el capítulo 1 de este Manual, al plantear el alcance del SGC del Centro.



4.2.1.1. Identificación de los grupos de interés

Por grupo de interés se entiende toda aquella persona, grupo o institución que tiene interés en el Centro, en las enseñanzas o en los resultados obtenidos. El Centro, al implantar su SGC, ha tomado en consideración los requisitos de calidad explícitos o implícitos de los diferentes grupos de interés con relación a la formación que se imparte en ellos, con especial atención a los estudiantes.

El análisis de sus necesidades y expectativas son el punto de partida para el establecimiento de su SGC, visible no sólo en el interior del Centro, sino, sobre todo, ante los grupos de interés externos a éste.

El Centro mantendrá informados a sus grupos de interés sobre su estructura organizativa, títulos y programas, por lo que publicará y revisará periódicamente la información actualizada sobre éstos. El Equipo de Dirección del Centro mantendrá la información pública actualizada, con periodicidad anual o inferior.

Asimismo, asumirá la responsabilidad de la difusión y actualización de toda la información pública del mismo, haciendo llegar cualquier observación al respecto a la CGCC o a las CGCT para que sea atendida.

A título ilustrativo la tabla 4 considera los siguientes grupos de interés y algunos de los principales aspectos objeto de atención donde se explicita su participación:



Tabla 4. Grupo de interés y aspectos a considerar en el SGC

Grupo de interés	Aspectos que considerar en el SGC
Estudiantes	Selección y admisión de estudiantes, perfil de formación, organización y desarrollo de la enseñanza, sistemas de apoyo al aprendizaje, resultados de la formación e inserción laboral y grado de satisfacción.
Profesores/ Personal de administración y servicios (personal de apoyo)	Selección y admisión de estudiantes, perfil de formación, organización y desarrollo de la enseñanza, sistemas de apoyo al aprendizaje, profesorado y personal de apoyo, recursos, progreso y rendimiento académico, resultados de la formación e inserción laboral, sistemas de información y grado de satisfacción.
Equipo de Dirección	Oferta formativa, profesorado y personal de apoyo, recursos, análisis de resultados y aporte de información.
Empleadores y Egresados	Oferta formativa, perfil de formación, calidad de la formación e inserción laboral y grado de satisfacción.
Administraciones públicas	Oferta formativa, perfil de formación, personal académico y de apoyo, progreso y rendimiento académico, calidad de la formación e inserción laboral de egresados y costes.
Sociedad en general	Oferta y demanda educativa, progreso y resultados académicos e inserción laboral.

4.2.1.2. Cauces de participación de los grupos de interés

El alumnado, profesorado y personal de administración y servicios del Centro están representados o forman parte de sus diferentes órganos colegiados, como la Junta de Centro y sus comisiones delegadas. Además, participan directamente o mediante representación en los Consejos de Departamento y en los órganos de entidad superior, como Consejo Social, Claustro Universitario o Consejo de Gobierno y sus respectivas comisiones.

Empleadores, Administraciones Públicas y sociedad en general están representados, dentro de la estructura de la UHU, en el Consejo Social y, junto con los egresados son consultados por el Centro sobre decisiones en las



que su opinión se considera fundamental, por medio de cuestionarios o reuniones mantenidas por el Equipo de Dirección.

En los casos en los que el Centro contemple la realización de prácticas externas, obligatorias o no, esta relación deberá ser especialmente fluida, tanto con los representantes directos de los organismos o empresas, en las que aquellas se realizan, como con las personas encargadas de tutelar las tareas encomendadas a los estudiantes.

En el desarrollo de los distintos procedimientos del SGC, se especifican los mecanismos de participación de los diferentes grupos de interés implicados en el mismo.

4.2.1.3. Rendición de cuentas a los grupos de interés

El Equipo Decanal del Centro es responsable de mantener informados a sus grupos de interés (la comunidad universitaria y la sociedad en general) sobre la estructura organizativa del Centro, sistema de garantía de calidad, titulaciones, programas formativos, profesorado, resultados y toda información de interés, tal y como se indica en el apartado de rendición de cuentas de cada uno de los manuales de procedimientos.

Además, anualmente se elabora el Autoinforme de Seguimiento y Plan de Mejora del Centro y el Autoinforme de Seguimiento y Plan de Mejora de sus títulos, dentro de los procedimientos de Política y objetivos de calidad (P02) y Seguimiento, evaluación y mejora del título (P10), que recogen un análisis y valoración de la actividad realizada, análisis de tendencias e informe de sostenibilidad de sus títulos y que, tras su aprobación en Junta de Centro, se incorporará a su página web.

4.2.2. Gestión de la información y análisis de los resultados

El Centro tiene implantados procesos que garantizan la recogida continua, el análisis y la utilización de información (resultados, datos e indicadores) para la toma de decisiones y la mejora de la calidad de las enseñanzas.

El Centro dispone de datos completos y fiables para poder garantizar la toma de decisiones fundamentada, tanto dirigida a la mejora continua de los programas formativos como de la gestión de sus procesos. Para ello, se dota de un sistema implantado de gestión de la información que facilita el acceso a la información sobre: alumnado matriculado, créditos reconocidos y procedimiento seguido, resultados académicos, inserción laboral, satisfacción de los diferentes grupos de interés y en su caso prácticas externas y movilidad.

El Centro dispone de un canal de atención de quejas, reclamaciones, alegaciones y sugerencias y tiene en consideración aspectos fundamentales del entorno (económico, social y científico) y a todos los grupos de interés.



Asimismo, cuenta con procesos que garantizan la recogida y análisis de dicha información, fundamental para la revisión y el diseño de acciones que contribuyan a la calidad de los títulos impartidos. En cada uno de los títulos, los datos están referidos al menos a los tres últimos cursos en los que se hayan implantado los correspondientes planes de estudio, de modo que resulta posible analizar tendencias y realizar comparaciones entre los indicadores obtenidos y los objetivos establecidos, con el fin de tomar decisiones basadas en estos resultados para la mejora de los títulos bajo el alcance del Centro.

De igual forma este análisis de resultados lleva consigo la revisión del propio SGCC, la detección de debilidades y realización de mejoras continuadas, así como, en línea con el Plan Estratégico de la UHU, tener en consideración aspectos fundamentales del entorno (económico, social y científico).

Procedimientos previstos en el SGC para llevar a cabo el criterio 2:

CRITERIO 2. POLÍTICA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

P02. Política y objetivos de Calidad

P03. Gestión de la información y la documentación

P04. Planificación, desarrollo y medición de los resultados de las enseñanzas

P05. Recogida y análisis de la satisfacción de los grupos de interés

P06. Gestión de sugerencias, quejas, reclamaciones y felicitaciones

P07. Auditoría interna

P08. Revisión del SGCC

4.3. Criterio 3. Diseño, seguimiento y mejora de los programas formativos

El Centro tiene implantados procesos para asegurar la mejora continua de sus programas formativos, así como para la recogida y análisis de información (incluida la procedente del entorno nacional e internacional) que le permite valorar el mantenimiento de su oferta formativa, su actualización o renovación, incluyendo el diseño, la aprobación, el seguimiento y la revisión periódica de sus programas formativos. Además, tiene implantado el proceso que permite la actualización de los criterios para la extinción del título y asegurar las medidas de garantía correspondientes. Asimismo, el Centro tiene identificados los órganos y los diferentes grupos de interés implicados en el diseño, control, planificación, desarrollo y revisión periódica de los títulos, sus objetivos y competencias asociadas.

Procedimientos previstos en el SGC para llevar a cabo el criterio 3:

CRITERIO 3. DISEÑO, SEGUIMIENTO Y MEJORA DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS

P09. Diseño de la oferta formativa y modificación de la memoria del título verificado



P10. Seguimiento, evaluación y mejora del título

P11. Extinción del título

4.4. Criterio 4. Personal docente e investigador (PDI)

El Centro tiene implantados procesos que garantizan la capacitación, competencia y cualificación del personal con actividad docente y cuenta con mecanismos que controlan la gestión y formación de su personal académico para que quede asegurada la capacitación, competencia y cualificación del mismo, ya que la Universidad es la responsable de la calidad de su personal. Asimismo, debe proveerles de un ambiente propicio que les permita realizar su trabajo de manera eficaz. Dado que esta materia es competencia de otros órganos o Servicios de la Universidad ajenos al Centro, la actuación de éste se centra en:

- a) Los procesos asociados a la gestión de recursos docentes: El Centro tiene implantados procesos que detectan las necesidades de personal académico, atendiendo al perfil requerido en cada caso, procesos para promover la formación del profesorado y acciones para fomentar la innovación en los métodos de enseñanza y el uso de nuevas tecnologías.
- b) La evaluación de la calidad de la actividad docente: La Universidad realiza la evaluación de la calidad docente de su profesorado a través del programa DOCENTIA y cuenta con un sistema que permite realizar la gestión de la calidad de la actividad docente del profesorado, favoreciendo su desarrollo y reconocimiento.

El Centro dispone de indicadores relativos al profesorado tales como porcentaje de doctores que imparten el título, porcentaje de créditos del título impartido por doctores, ratio sexenios/quinquenios entre el profesorado que imparte el título, porcentaje de actividad docente del profesorado que imparte el título que es evaluada anualmente y porcentajes de profesorado en las diferentes categorías de desempeño.

Procedimiento previsto en el SGC para llevar a cabo el criterio 4:

CRITERIO 4. PERSONAL DOCENTE E INVESTIGADOR

P12. Capacitación, competencia y cualificación del PDI

4.5. Criterio 5. Gestión de Recursos materiales y servicios

El Centro tiene implantados procesos que garantizan la disponibilidad de recursos materiales y servicios suficientes para la oferta de actividades de aprendizaje del estudiantado, para ello cuenta con mecanismos que



controlan la gestión, el mantenimiento y la mejora de los recursos materiales y servicios. Éstos son accesibles, conocidos por el estudiantado y adaptados a las necesidades de su aprendizaje.

La gestión de las actividades que el Centro organiza contribuye a mejorar el proceso de enseñanza y aprendizaje y sigue procesos claros, transparentes y justos. Lo mismo que la gestión de los recursos materiales y los servicios, de manera que la adquisición y mantenimiento de equipamiento, instalaciones, materiales y servicios, facilita el desarrollo de los programas formativos.

Dado que los recursos materiales para el aprendizaje pueden depender de otros órganos o servicios de la Universidad la actuación del Centro se concreta en:

- a) Los procesos de identificación de necesidades. El Centro tiene implantados procesos que informen de los resultados y en los que se detectan las necesidades de nuevos recursos o servicios para el correcto desarrollo de las actividades, así como recursos materiales o personal de administración y servicios, atendiendo a las características propias de las titulaciones y con la participación de los diferentes grupos de interés.
- b) Los procesos de comunicación y coordinación con los órganos universitarios competentes. El Centro tiene implantados procesos que le permiten identificar las necesidades y transmitirlos a los órganos o servicios universitarios competentes en función de la materia y coordinar con ellos la toma de decisiones para el correcto desarrollo de las actividades.
- c) Los procesos asociados a la adquisición y gestión de recursos materiales y servicios propios del Centro. El Centro tiene implantado un proceso de gestión y mejora de los recursos materiales y servicios para el desarrollo de las actividades ya disponibles, así como el de la organización, adquisición o contratación de nuevos.

Procedimiento previsto en el SGC para llevar a cabo el criterio 5:

CRITERIO 5. GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS

P13. Gestión, mantenimiento y mejora de recursos materiales y servicios

4.6. Criterio 6. Gestión y Resultados de los procesos de enseñanza-aprendizaje

El Centro tiene implantados procesos que garantizan que las acciones que emprende contribuyen a favorecer el proceso de aprendizaje del estudiantado. Para ello cuenta con mecanismos de acceso, admisión, matriculación, reconocimiento y certificación de los aprendizajes, adecuados a las especificidades de las titulaciones que oferta y cuenta con un sistema de apoyo y de orientación académica y profesional que abarca todas las fases del desarrollo del proceso de enseñanza y el aprendizaje favoreciendo la inserción profesional.



El Centro cuenta con mecanismos que permiten el diseño, desarrollo y la mejora continua de las metodologías de enseñanza y evaluación de los resultados de aprendizaje, velando por su adecuación a las características de cada uno de sus programas formativos. Asimismo, dichos mecanismos garantizan que las metodologías de enseñanza y sistemas de evaluación son pertinentes y adecuadas para promover y certificar los resultados de aprendizaje previstos.

Además, el Centro cuenta con mecanismos que aseguran una gestión de calidad de los TFG y TFM (asignación, supervisión y evaluación), de las prácticas externas y la movilidad, recogiendo y analizando los resultados obtenidos de estos procesos para comprobar su contribución a la mejora del aprendizaje y a la toma de decisiones.

Procedimientos previstos en el SGC para llevar a cabo el criterio 6:

CRITERIO 6. GESTIÓN Y RESULTADOS DE LOS PROCESOS DE ENSEÑANZA- APRENDIZAJE

- P14. Captación, preinscripción y matriculación, reconocimiento y certificación
- P15. Orientación académica y profesional de estudiantes
- P16. Metodologías de enseñanza y Evaluación de los resultados del aprendizaje
- P17. Gestión de la Movilidad de estudiantes
- P18. Gestión de las Prácticas externas
- P19. Gestión de los TFG y TFM
- P20. Análisis de la inserción laboral



ANEXO I. Mapa de procedimientos

